

特定医療費(指定難病)療養

【医療機関用記入例】

受給者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	受給者氏名	立山 太郎		
疾病名	○○○○○○○○	受給者番号、疾病名、有効期間は受給者証をご確認ください。			
受給者証有効期間	○○年 ○○月 ○○日 から ○○年 ○○月 ○○日まで				
健康保険種別	協会 <b>組合</b> ・共済・国保(一般)・国保(退職)・後期高齢・国保組合・船員・介護・その他( )			保険の自己負担割合	<b>3</b> 割

診療年月	区分	1ヶ月の受診日数	左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る日数	1ヶ月の総保険点数	左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数	1ヶ月の窓口での患者負担額(医療費総額)
○○年○月	入院 外来 調剤 訪問看護	20日	15日	30,000点	25,000点	90,000円
○○年○月	入院 <b>外来</b> 調剤 訪問看護	3日	2日	1,500点	1,000点	4,500円
○○年○月	入院 <b>外来</b> 調剤 訪問看護	2日	2日	1,200点	1,200点	3,600円
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日	点	点	円

上記のとおり相違ありません。

○○年 ○○月 ○○日

医療機関等 所在地 〒○○○-○○○○

名称 ○○○○○○

代表者名 ○○ ○○○

医療機関コード ○○○○○○○○○○

(記入者)

氏名 ○○ ○○

所属 ○○○○○○

連絡先 ○○○-○○○-○○○

## 医療機関の方へ

1. 医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された保険適用の特定医療費（指定難病）（法別番号54）です。
  - ・ 指定医療機関でない医療機関は証明しないでください。
  - ・ 認定された疾病に関わりのない治療や保険適用外のサービス（差額ベッド代など）、臨床調査個人票の作成に係る文書料は対象となりません。
2. 医療機関（病院、診療所、調剤薬局及び訪問看護ステーション）毎に特定医療費（指定難病）療養記録を作成してください。
3. 証明が4か月を超える場合は、必要枚数をコピーしてください。

～特定医療費(指定難病)療養記録記載上の注意事項～

- 健康保険の種別は必ず記入してください。
- 同一月に入院と外来がある場合は、行を分けて記入してください。
- 介護保険請求の場合は、保険診療点数の「点」を「単位」と読み替えてご記入ください。